

Client Intake Form for Ombre Powder Brow

Formulario de admisión de clientes para Ombre Powder Brow



General Information/ Información General

Name/ Date of Birth/
 Nombre Fecha de Nacimiento
 Address/
 Dirección
 City/ State/ Zip Code/
 Ciudad Estado Código Postal
 Phone #/ Email/
 # de Teléfono Correo Electrónico
 Occupation/
 Ocupación
 Emergency Contact Name/ Phone #/
 Contacto de Emergencia # de Teléfono

Medical History/ Historial Médico

Do you currently or have you had any of the following? Please check all that apply:

¿Actualmente o has tenido alguna de las siguientes? Por favor, compruebe todo lo que se aplica:

- | | | |
|---|---------------------------------|---|
| Autoimmune Disorder/Trastorno Autoinmune | Aids/HIV/Sida/VIH | Bleeding Disorder/Trastorno Hemorragio |
| Brow/Lash Tinting/Teñido de Cejas/Pestañas | Cancer/ | Cardiac Valve Disease/Enfermedad de la Valvula Cardiac |
| Chemical Peels/ | Chemotherapy/Quimioterapia | Cold Sores/Herpes Labial |
| Pregnant/Breastfeeding/Embarazo/Lactancia | Depression/Depresion | Diabetes |
| History of MRSA/Historia de MRSA | Hemophilia/Hemofilia | Hepatitis |
| Herpes/ | Radiation/Radiacion | Mood Altering Disorder/Trastorno que Altera el Estado de Animo |
| Serious Heart Condition/Afeccion Cardiac Grave | Other/Otro: | |

Do you wear contact lenses?

¿Usa lentes de contacto?

Yes/ ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

Do you have any other allergies?

¿Tienes alguna otra alergia?

Yes/ ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

If yes, please list:

En caso afirmativo enumere:

Are you currently taking any medications?

¿Está tomando actualmente algún medicamento?

Yes/ ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

Have you had any of the following surgeries? Please check all that apply:

¿Te has sometido a alguna de las siguientes cirugías? Por favor, compruebe todo lo que aplica:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| Blepharoplasty (eyelid surgery)/ | If yes, when?/ | |
| Blefaroplastia (cirugía de párpados) | En caso afirmativo, ¿cuándo? | |
| Forehead/Brow Lift/ | If yes, when?/ | |
| Levantamiento de Frente/Cejas | En caso afirmativo, ¿cuándo? | |
| Lasik eye surgery/ | If yes, when?/ | |
| Cirugía ocular Lasik | En caso afirmativo, ¿cuándo? | |

Are you currently on any blood-thinning prescription or non-prescription drugs?

¿Está actualmente en algún medicamento con o sin receta que adelgaza la sangre?

Yes/ ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

If yes, what kind?/

si es así, ¿qué tipo?

Are you currently taking any medications?

¿Está tomando actualmente algún medicamento?

Yes/ ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

If yes, what kind?/

si es así, ¿qué tipo?

Have you had any facial or dermatology services in the past 30 days? ¿Ha tenido algún servicio facial o dermatológico en los últimos 30 días?	Yes/ Si	☐	No ☐
If yes, please explain: En caso afirmativo, por favor explicar:			
Have you had any permanent or semi-permanent makeup services completed previously? ¿Has tenido algún servicio de maquillaje permanente o semipermanente completado previamente?	Yes/ Si	☐	No ☐
If yes, please explain: En caso afirmativo, por favor explicar:			
Have you used Retin-A, Renova, AHAs or Retinal products in the last three months? ¿Ha utilizado Retin-A, Renova, AHAs o productos retinales en los últimos tres meses?			
If yes, please explain: En caso afirmativo, por favor explicar:			
Have you received Botox, Lip Fillers, Restylane, Juvéderm or Collagen injections in the last 6 months? ¿Ha recibido inyecciones de Botox, Rellenos de labios, Restylane, Juvéderm o Colágeno en los últimos 6 meses?	Yes/ Si	☐	No ☐

By signing below, I agree to the following:

I have completed this form to the best of my ability and knowledge. I agree to inform the technician of any changes in the above information. I agree that I do not have any condition(s) that would make the requested treatment unsuitable. I will inform the technician of any discomfort I may experience at any time during my treatment to allow them to adjust accordingly. I agree to waive all liability toward my technician and the salon for any injury or damages incurred due to any misrepresentation of my health.

Al firmar a continuación, acepto lo siguiente:

He completado este formulario lo mejor que he podido y sé. Acepto informar al técnico de cualquier cambio en la información anterior. Estoy de acuerdo en que no tengo ninguna condición(s) que haría que el tratamiento solicitado inadecuado. Informaré al técnico de cualquier molestia que pueda experimentar en cualquier momento durante mi tratamiento para permitirles ajustarse en consecuencia. Acepto renunciar a toda responsabilidad hacia mi técnico y el salón por cualquier lesión o daño incurrido debido a cualquier tergiversación de mi salud.

..... Name Printed/ Nombre Impreso	 Signature/ Firma	 Date/ Fecha
..... Technician Name/ Nombre del Técnico	 Signature/ Firma	 Date/ Fecha

Client Consent Form & Liability Waiver

Formulario de Consentimiento del Cliente y Exención de Responsabilidad



PLEASE READ AND INITIAL EACH OF THE STATEMENTS BELOW:

POR FAVOR, LEA E INICIA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES:

..... I certify I am over the age of 18.
Certifico que soy mayor de 18 años.

..... I have been informed of the nature, risks, and possible complications, and consequences of microshading/ombre powder brows. I understand the semi-permanent cosmetic procedure carries with it known and unknown complications and consequences associated with this type of cosmetic procedure, including but not limited to: temporary minor bleeding, bruising of skin surfaces, swelling, redness, temporary discoloration, infection, scarring, inconsistent color, and spreading, fanning or fading of pigments.
Me han informado de la naturaleza, los riesgos y las posibles complicaciones, y las consecuencias de las cejas de polvo microshading / ombre. Yo entiendo que el procedimiento cosmético semipermanente lleva consigo complicaciones y consecuencias conocidas y desconocidas asociadas con este tipo de procedimiento cosmético, incluyendo pero no limitado a: sangrado menor temporal, moretones en las superficies de la piel, hinchazón, enrojecimiento, decoloración temporal, infección, cicatrices, color inconsistente y propagación, abanicamiento o desvanecimiento de pigmentos.

..... I fully understand this is a tattoo process and therefore not an exact science, but an art. I request the semi-permanent cosmetic procedure/s and accept the permanence of the procedure as well as the possible complications and consequences of the said procedure/s.
Entiendo perfectamente que se trata de un proceso de tatuaje y, por lo tanto, no una ciencia exacta, sino un arte. Solicito el procedimiento o procedimientos cosméticos semipermanentes y acepto la permanencia del procedimiento, así como las posibles complicaciones y consecuencias de dicho procedimiento o procedimientos.

..... I certify that I am not under the influence of drugs or alcohol, I am not pregnant or nursing, and I consent to have the semi-permanent cosmetic procedure listed above performed today. The general nature of cosmetic tattooing as well as the specific procedure to be performed has been explained to me.
Certifico que no estoy bajo la influencia de drogas o alcohol, no estoy embarazada o amamantando, y doy mi consentimiento para que el procedimiento cosmético semipermanente mencionado anteriormente se realice hoy. Se me ha explicado la naturaleza general de los tatuajes cosméticos, así como el procedimiento específico que se debe realizar.

..... I understand that there is a certain level of discomfort associated with the procedure and that each person has their own threshold level for discomfort. Upon consent, my technician may apply topical anesthetics to alleviate discomfort. I understand there is a small chance of an allergic reaction to topical anesthetics.
Yo entiendo que hay un cierto nivel de incomodidad asociado con el procedimiento y que cada persona tiene su propio nivel umbral de incomodidad. Tras el consentimiento, mi técnico puede aplicar anestésicos tópicos para aliviar las molestias. Entiendo que hay una pequeña posibilidad de una reacción alérgica a los anestésicos tópicos.

..... I understand that any skin treatments (Retin A, Renova, Alpha Hydroxy and Glycolic Acids, laser hair removal, plastic surgery, or other skin altering procedures) may result in adverse changes to my microshading/ombre powder brows.
Yo entiendo que cualquier tratamiento de la piel (Retin A, Renova, alfa hidróxido y ácidos glicólicos, depilación láser, cirugía plástica, u otros procedimientos de alteración de la piel) puede resultar en cambios adversos en mis cejas de polvo microshading / ombre.

..... I understand that sun, tanning beds, pools, some skincare products, and medications can affect my microshading/ombre powder brows.
Entiendo que el sol, las camas de bronceado, las piscinas, algunos productos para el cuidado de la piel y los medicamentos pueden afectar mis cejas en polvo de microshading / ombre.

..... I understand that successful color saturation can NOT be guaranteed due to hidden scar tissue. I acknowledge that the proposed procedure(s) involve risks inherent in the procedure and have possibilities of complications during and/or following the procedures such as infection, poor color retention, and hyper-pigmentation.
Yo entiendo que la saturación de color exitosa NO se puede garantizar debido al tejido cicatricial oculto. Reconozco que los procedimientos propuestos implican riesgos inherentes al procedimiento y tienen posibilidades de complicaciones durante y / o después de los procedimientos, como la infección, la retención deficiente del color y la hiperpigmentación.

..... I understand that implanted pigment color can slightly change in color or in shape and fade over time due to circumstances beyond my artist's control. I will need to maintain the color with future applications at my own expense.
Yo entiendo que el color del pigmento implantado puede cambiar ligeramente de color o de forma y desvanecerse con el tiempo debido a circunstancias fuera del control de mi artista.

..... I accept the responsibility of explaining to my technician my desire for specific colors, shapes, and positioning for any procedure done today.
Acepto la responsabilidad de explicar a mi técnico mi deseo de colores, formas y posicionamiento específicos para cualquier procedimiento realizado hoy.

If I have any signs or symptoms of infections I will seek medical care. Signs of infection include but are not limited to redness, swelling, tenderness of the procedure site, a red streak going from the procedure site towards the heart, elevated temperature, or drainage from the procedure site.

..... Si tengo algún signo o síntoma de infecciones, buscaré atención médica. Los signos de infección incluyen, entre otros, enrojecimiento, hinchazón, sensibilidad del sitio del procedimiento, una raya roja que va desde el sitio del procedimiento hacia el corazón, temperatura elevada o drenaje del sitio del procedimiento.

I grant permission to _____, to take and use: photographs and/or digital images of me for use in news releases, educational materials, and/or social media platforms including but not limited to Instagram, Facebook, Twitter, Tic Toc, and Pinterest.
..... Concedo permiso para tomar y usar: fotografías y/o imágenes digitales mías para su uso en comunicados de prensa, materiales educativos y/o plataformas de redes sociales, incluyendo pero no limitado a Instagram, Facebook, Twitter, Tic Toc y Pinterest.

I acknowledge that this procedure may alter my appearance and that no representations have been made to me as to remove my microshading/ombre powder brows.

..... Yo reconozco que este procedimiento puede alterar mi apariencia y que no se han hecho representaciones a mí como para eliminar mis cejas de polvo microshading / ombre.

To my knowledge I do not have a physical, mental, medical impairment or disability which might affect my well-being as a direct or indirect result of my decision to have microshading/ombre powder brows.

..... Que yo sepa, no tengo un impedimento físico, mental, médico o discapacidad que pueda afectar mi bienestar como resultado directo o indirecto de mi decisión de tener microshading / ombre cejas en polvo.

If a dispute arises out of or relates to this contract, or the alleged breach thereof, and if the dispute is not settled through negotiation, the parties agree first to try in good faith to settle the dispute by mediation within 30 days before resorting to arbitration, litigation, or some other dispute resolution procedure.

..... Si una disputa surge de o se relaciona con este contrato, o el supuesto incumplimiento del mismo, y si la disputa no se resuelve a través de la negociación, las partes acuerdan primero tratar de buena fe de resolver la disputa por mediación dentro de los 30 días antes de recurrir al arbitraje, litigio o algún otro procedimiento de resolución de disputas.

I understand that there is a possibility of an allergic reaction to the pigments, anesthetic, or ointments used. I acknowledge it is not reasonably possible for my technician to determine whether I might have an allergic reaction to the pigments, anesthetic, or ointment used in this process. A patch test is advisable however it does not ensure I will not have an allergic reaction. If waived, I release the technician from liability if I develop an allergic reaction to the pigment. Please initial one of the following:

..... Entiendo que existe la posibilidad de una reacción alérgica a los pigmentos, anestésicos o ungüentos utilizados. Reconozco que no es razonablemente posible que mi técnico determine si podría tener una reacción alérgica a los pigmentos, anestésicos o ungüentos utilizados en este proceso. Una prueba de parche es aconsejable, sin embargo, no garantiza que no voy a tener una reacción alérgica. Una prueba de parche es aconsejable, sin embargo, no garantiza que no voy a tener una reacción alérgica. Si se renuncia, libero al técnico de responsabilidad si desarrollo una reacción alérgica al pigmento. Por favor, inicial uno de los siguientes:

..... I request a patch test, and I understand that a patch test result is not viewed by a medical professional unless I make arrangements to have this done myself. A nonreactive test skin test does not preclude an allergic reaction occurring at a future point in time.

Solicito una prueba de parche, y entiendo que un resultado de la prueba de parche no es visto por un profesional médico a menos que haga arreglos para que esto se haga yo mismo. Una prueba cutánea no reactiva no impide que se produzca una reacción alérgica en un momento futuro.

..... I agree to forego a patch test and accept the risk that a reaction is possible.

Estoy de acuerdo en renunciar a una prueba de parche y aceptar el riesgo de que una reacción sea posible.

I understand that semi-permanent tattoos may cause Magnetic Resonance Imaging (MRI) artifacts and that there may be a warming and/or tingling sensation in the areas where I received the semi-permanent cosmetic procedure during the MRI due to the iron oxide properties of some pigments. I understand that I should advise my physician that I have microshading/ombre powder brows (a semi-permanent tattoo) in the event I am in need of an MRI.

..... Entiendo que los tatuajes semipermanentes pueden causar artefactos de resonancia magnética (MRI) y que puede haber una sensación de calentamiento y / u cosmeo en las áreas donde recibí el procedimiento cosmético semipermanente durante la RESONANCIA MAGNÉTICA debido a las propiedades de óxido de hierro de algunos pigmentos. Entiendo que debo aconsejar a mi médico que tengo microshading / ombre cejas en polvo (un tatuaje semipermanente) en el caso de que esté en necesidad de una resonancia magnética.

I understand that tattoo inks, dyes, and pigments have not been approved by the Food and Drug Administration (FDA) and that the health consequences of using these products are unknown.

Entiendo que las tintas de tatuaje, tintes y pigmentos no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que las consecuencias para la salud del uso de estos productos son desconocidas.

I have received pre and post-care instructions and I agree to follow them to the best of my ability. I understand that my failure to follow the pre and post-care instructions may negatively affect my final result. I agree that any touch-up work needed due to my negligence will be done at my own expense.

He recibido instrucciones previas y posteriores a la atención y estoy de acuerdo en seguirlas lo mejor que pueda. Entiendo que mi falta de seguir las instrucciones previas y posteriores a la atención puede afectar negativamente mi resultado final. Estoy de acuerdo en que cualquier trabajo de retoque necesario debido a mi negligencia se hará a mi propio costo.

By signing below, I agree to the following:

I have read or have had read to me the contents of this whole form. I understand the risks and alternatives involved in this/these procedure(s) and I have had the opportunity to ask questions and all of my questions have been answered. I accept full responsibility for the decision to have this cosmetic tattoo work done and understand that there is a no refund policy. I acknowledge that I have reviewed and approved the material given to me.

Al firmar a continuación, acepto lo siguiente:

He leído o he tenido que leerme el contenido de todo este formulario. Entiendo los riesgos y las alternativas involucradas en este/estos procedimientos y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas. Acepto toda la responsabilidad por la decisión de hacer este trabajo de tatuaje cosmético y entiendo que hay una política de no reembolso.

Reconozco que he revisado y aprobado el material que se me ha entregado.

Name Printed/
Nombre Impreso

Signature/
Firma

Date/
Fecha

Technician Name/
Nombre del Técnico

Signature/
Firma

Date/
Fecha

Ombre Powder Brow Aftercare Instructions

Ombre Polvo para Ceja Despues de Cuidado Instrucciones



FOR THE NEXT 7 DAYS:
PARA LOS PROXIMOS 7 DIAS:

- Keep the eyebrow area clean by washing with freshly washed hands and mild soap (such as Cetaphil) twice a day.
- Mantenga el área de las cejas limpia lavándose con las manos recién lavadas y jabón suave (como Cetaphil) dos veces al día.
- Do not use a washcloth or sponge to remove soap.
- No use un paño o esponja para eliminar el jabón.
- Do not use acne cleansers, astringents, or anti-aging products.
- No use limpiadores para el acné, astringentes o productos antienvjecimiento.
- Dry the area completely after washing by gently blotting with a clean tissue.
- Seque el área completamente después del lavado borrando suavemente con un pañuelo desechable limpio.
- Use a Q-tip to apply a thin layer of ointment twice a day.
- Use un Q-tip para aplicar una capa delgada de ungüento dos veces al día.
- Avoid using too much ointment as this will prevent your brows from breathing and healing naturally. Remember, less is more with the ointment.
- Evite usar demasiado ungüento, ya que esto evitará que sus cejas respiren y se curan naturalmente. Recuerde, menos es más con la pomada.
- The ointment should also be applied before and after taking a shower and/or washing your face. Use a Q-tip and refrain from touching your brows with your hands.
- La pomada también debe aplicarse antes y después de tomar una ducha y / o lavarse la cara. Use un Q-tip y absténgase de tocarse las cejas con las manos.
- Do not scrub, rub or pick at the treated area. Allow it to flake off naturally.
- No frote, frote ni recoja en el área tratada. Deje que se descamse naturalmente.
- Do not wear makeup or apply any products other than the supplied ointment on the treated area.
- No use maquillaje ni aplique ningún producto que no sea el ungüento suministrado en el área tratada.
- Avoid recreational water activities such as saunas, hot steam showers, and swimming. • Avoid vigorous activities that will make you sweat. Sweating will prematurely fade your eyebrows.
- Evite las actividades acuáticas recreativas como saunas, duchas de vapor caliente y natación. • Evite las actividades vigorosas que le harán sudar. La sudoración se desvanecerá prematuramente las cejas.

Allergic Reaction or Infection: It is rare, but there is a chance of allergic reaction or infection. If there are any type of irritation, rash, or bumps stop using the ointment. You might be allergic or using too much of the ointment.

Reacción alérgica o infección: Es raro, pero existe la posibilidad de una reacción alérgica o infección. Si hay algún tipo de irritación, sarpullido o protuberancias, deje de usar la pomada. Usted podría ser alérgico o usar demasiada pomada.

At any time you are uncomfortable please visit your physician for further information.

En cualquier momento usted se sienta incómodo por favor visite a su médico para obtener más información.

ONCE HEALED:
UNA VEZ CURADO:

- A maintenance appointment is suggested every 12- 18 months on average.
- Se sugiere una cita de mantenimiento cada 12- 18 meses en promedio.
- Avoid hot steam showers as they can cause dehydrated skin and inflammation/cellular breakdown.
- Evite las duchas de vapor caliente, ya que pueden causar piel deshidratada e inflamación / descomposición celular.
- After the 7 days healing period, always use a sunblock to protect from sun fading.
- Después del período de curación de 7 días, siempre use un bloqueador solar para protegerse del desvanecimiento del sol.
- Maintain proper skin care such as cleansing, exfoliating, and moisturizing the brow area to help keep your brows as vibrant and fresh as possible.
- Mantenga el cuidado adecuado de la piel, como limpiar, exfoliar e hidratar el área de las cejas para ayudar a mantener sus cejas lo más vibrantes y frescas posible.